

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a)
autor(a), o texto completo desta tese
será disponibilizado somente a partir
de 20/02/2019.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Michelle Cristine de Oliveira Minharro

**Autoeficácia na amamentação e aleitamento materno
no primeiro ano de vida: um estudo de coorte**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção
do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa.Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Botucatu

Michelle Cristine de Oliveira Minharro

Autoeficácia na amamentação e aleitamento
materno no primeiro ano de vida: um estudo de
coorte

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para obtenção
do título de Doutor(a) em
Enfermagem.

Orientadora: Profa.Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Minharro, Michelle Cristine de Oliveira.

Autoeficácia na amamentação e aleitamento materno no primeiro ano de vida: um estudo de coorte / Michelle Cristine de Oliveira Minharro. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes
Capes: 40403009

1. Nutrição do lactente. 2. Amamentação. 3. Aleitamento materno. 4. Saúde materno-infantil. 5. Enfermagem. 6. Estudo de coorte.

Palavras-chave: Aleitamento materno; Autoeficácia; Saúde da criança.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Minharro, Michelle Cristine de Oliveira.

Autoeficácia na amamentação e aleitamento materno no primeiro ano de vida: um estudo de coorte

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutor(a) em
Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra.: _____
Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe **Ana** que além de me dar a vida me ensina a viver bravamente todos os dias.

Ao meu irmão **Michel**, e sua linda família - **Danny e Gabriel** - que Deus colocou em nossas vidas.

Ao meu parceiro da vida **Luciano**, que me surpreende a cada dia com seu carinho, amor e generosidade.

Ao meu pedacinho mais doce **Vitor**, que traz alegria e bençãos em nossas vidas, que me fortalece para seguir em frente.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me preparar para realizar esse sonho.

Agradeço carinhosamente e especialmente a minha querida orientadora Profa Neneca por ser tão presente, prestativa, atenciosa e amiga ao mesmo tempo, sempre me incentivando. Não tenho palavras para expressar minha gratidão.

À minha família que sempre me apoiam e compreendem os momentos de ausência.

Às minhas amigas da Clínica do Bebê por todo companheirismo, vocês fazem parte dessa trajetória.

À toda equipe do Projeto CLaB por poder compartilhar de tantas vitórias e aprendizados.

E em especial a sempre tão querida Anna que está sempre disposta a ajudar com tanta dedicação e humildade.

À Maiara por ter colaborado em vários momentos dessa caminhada.

À querida Carol Gomes por me ajudar com caminhos mais leves e suaves.

À Secretaria Municipal de Saúde e Fundação Uni por possibilitar esse estudo tão importante para nossos bebês.

À equipe da Secretaria do Departamento de Enfermagem por serem tão solícitos durante todo o caminho.

Ao César da Pós-Graduação por sempre me orientar com muita atenção.

Ao Hélio e Eloisa por ajudarem com seus conhecimentos estatísticos.

À todos os mestres que fizeram parte desses quatro anos e da vida.

À todos os colegas de turma, por dividir as angústias e alegrias, em especial minhas queridas amigas Mariele e Renata Leite.

Aos meus sogros Rosana e Minharro, por estarem sempre presentes.

À todas as mães e seus bebês que fizeram parte desse lindo estudo.

Epígrafe

“Tudo é considerado impossível,
até acontecer”

Nelson Mandela

Resumo

Um aspecto capaz de influenciar na duração do aleitamento materno (AM) é a confiança materna em sua habilidade de amamentar. O objetivo principal do estudo foi avaliar a autoeficácia na amamentação e sua relação com a duração do AM no primeiro ano de vida, em coorte populacional de lactentes e mães acompanhados em município paulista. Trata-se de estudo integrante do estudo CLaB – Coorte de Lactentes de Botucatu, voltado a coletar e analisar dados, eventos e situações relacionadas à saúde de mães e crianças no primeiro ano de vida. Participaram puérperas e seus recém-nascidos do município que compareceram para atendimento em serviço público de triagem neonatal e primeira consulta clínica, com alta cobertura populacional. A captação foi de julho 2015 a fevereiro de 2016. As entrevistas ocorreram quando o lactente tinha menos de um mês de idade (na captação), seguidas de entrevistas telefônicas aos 2 e 4 meses e domiciliares aos 3, 6, 9 e 12 meses. A Escala de Autoeficácia na Amamentação – Forma Abreviada (BSES-SF), com escore variando de 14 a 70 pontos, foi aplicada na captação e a situação dos lactentes em relação ao aleitamento materno exclusivo (AME) e aleitamento materno foi avaliada em todos os momentos do estudo. Dados socioeconômicos e demográficos, história obstétrica, atenção e situação de saúde de mães e lactentes foram coletados para caracterização da amostra e controle de possíveis confundidores. Foram excluídos os gemelares. Foram testadas as associações brutas entre variáveis socioeconômicas, maternas e dos lactentes com a autoeficácia. As associações com $p < 0,20$ foram analisadas em modelos de regressão logística multinomial, com $p < 0,05$ como nível crítico. Para a investigação da associação entre AM e autoeficácia a mesma foi avaliada com 3 versões: escore contínuo; categorizada e em tercís. A idade do lactente na cessação do AME e do AM e a situação de AME aos 3 e 6 meses e do AM aos 3, 6, 9 e 12 meses foram os desfechos analisados, respectivamente, por modelos de regressão múltipla de Cox e Regressão Logística multivariada, incluindo os fatores com $p < 0,20$ nas análises bivariadas. Resultados: A coorte teve início com 644 bebês e 573 completaram o seguimento até doze meses. 66% dos lactentes nasceram em maternidade do SUS e o restante em serviço privado/convênio. 77,9% das puérperas apresentaram alta autoeficácia; 1/5 apresentou média; apenas 1,7% baixa autoeficácia. Destacaram-se como fatores independentemente e positivamente associados com maior autoeficácia, gestação bem aceita e contato pele a pele após o parto; dificuldades com o início do aleitamento contribuíram para menor autoeficácia. A magnitude do efeito da autoeficácia sobre o risco de desmame foi considerável, sendo que a alta autoeficácia reduziu em 70% o risco de cessação do AM no primeiro ano e em 66% o de cessação do AME antes de seis meses. Estar no maior tercil em comparação ao menor reduziu em 45% e 30% as chances de cessação do AM e do AME, respectivamente. Nas três formas da variável, quanto maior a autoeficácia na amamentação maiores as chances de as crianças estarem em AM/AME nas idades de 3, 6, 9 e 12 meses. Conclusão: A autoeficácia materna na amamentação tem efeito próprio sobre a duração do AM e AME, resultado que apoia sua avaliação na atenção à saúde, em particular no pré-natal, puerpério imediato e primeira consulta clínica do lactente após a alta da maternidade.

Palavras-chave: aleitamento materno; autoeficácia; saúde da criança.

Abstract

One aspect capable of influencing the breastfeeding (BF) duration is maternal confidence in her ability to breastfeed. The main objective of the study was to evaluate the self-efficacy of breastfeeding and its relationship with duration of breastfeeding in the first year of life in a population cohort of infants and mothers accompanied in the paulista county. This study is part of the study CLaB - Botucatu Infant Cohort study, aimed at collecting and analyzing data, events and situations related to the health of mothers and children living in Botucatu / SP in the first year of life. Participants were mothers and their newborns from the municipality who attended for public service of neonatal screening and first clinical consultation, with high population coverage. The capture was from July 2015 to February 2016, with follow-up until the child reaches 12 months. Interviews occurred when the infant was less than one month old (at the capture), followed by telephone interviews at 2 and 4 months and at their home at 3, 6, 9 and 12 months. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form (BSES-SF), with a score varying from 14 to 70 points, was applied on capture and the situation of infants in relation to exclusive breastfeeding (EBF) and breastfeeding was evaluated in all moments. Socioeconomic and demographic data, obstetric history, attention and health status of mothers and infants were collected to characterize the sample and to control possible confounders. Twins were excluded. The crude associations between socioeconomic, maternal and infant variables with self-efficacy were tested. Associations with $p < 0.20$ were analyzed in multinomial logistic regression models, with $p < 0.05$ as the critical level. The association between breastfeeding and self-efficacy it was evaluated with 3 versions: continuous score; categorized and in tertiles. The age of the infant in the cessation of EBF and BF and the situation of EBF at 3 and 6 months and BF at 3, 6, 9 and 12 months were the outcomes analyzed by Cox multiple regression models and logistic regression multivariate analysis, including factors with $p < 0.20$ in the bivariate analyzes. Results: The cohort started with 644 infants and 573 infants completed a 12-month follow-up. 66% of the infants were born in the maternity unit of public health system (SUS) and the remainder in private service / health insurance. 77.9% of the puerperae presented high self-efficacy; 1/5 presented mean; and only 1.7% low self-efficacy. Some factors stand out as independently associated with higher self-efficacy: planned or unplanned gestation was well accepted and the presence of skin-to-skin contact after delivery; the difficulties with starting breastfeeding contributed to lower self-efficacy. The magnitude of the effect of self-efficacy on the risk of weaning was considerable, and the high self-efficacy reduced the risk of cessation of BF in the first year by 70% and of the cessation of EBF by six months by 66%. Being in the highest tertile compared to the lowest reduced 45% and 30% the chance of cessation of BF and EBF respectively. In the three forms of the variable, the greater the self-efficacy in breastfeeding the greater the chances of the children being in BF / EBF at the ages of 3, 6, 9 and 12 months. Conclusion: Maternal self-efficacy in breastfeeding has its own effect on the duration of BF and EBF, a result that supports its evaluation in health care, particularly in the prenatal, immediate puerperium and first clinical consultation of the infant after discharge from maternity.

Keywords: breastfeeding; self-efficacy; child health

Lista de Figuras

Figura 1 –Linha do tempo sobre ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno relevantes no âmbito nacional.....18

Figura 2 –Média de idade e desvio padrão em cada entrevista realizada.....42

Figura 3 –Fluxograma de acompanhamento da coorte, indicando as perdas e as razões de perdas durante o acompanhamento até 12 meses.....52

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características sociodemográficas, gestacionais, do parto e dos recém-nascidos. Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	54
Tabela 2 – Estatísticas descritivas do escore de autoeficácia na amamentação, tempo de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	57
Tabela 3 – Associação bruta entre variáveis maternas e dos lactentes com autoeficácia materna na amamentação (categorizada e em tercís). Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	57
Tabela 4 – Fatores associados com a autoeficácia materna na amamentação (categorizada em alta, média e baixa). Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	62
Tabela 5 – Fatores associados com a autoeficácia materna na amamentação em tercís. Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	63
Tabela 6 – Influência da autoeficácia materna na amamentação sobre situação do aleitamento materno aos 3, 6, 9 e 12 meses de idade do lactente. (Regressão Logísticas Multivariadas). Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	65
Tabela 7 – Influência da autoeficácia materna na amamentação sobre a situação do aleitamento materno exclusivo aos 3 e 6 meses de idade do lactente. Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	66
Tabela 8 – Variáveis maternas e dos recém-nascidos relacionadas com a cessação do aleitamento materno exclusivo em bebês antes de 6 meses de idade. (Modelos de Cox). Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	67
Tabela 9 – Variáveis maternas e dos recém-nascidos relacionadas com a cessação do aleitamento materno em menores de 12 meses. (Modelo de Cox). Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	69

Tabela 10 – Resultados dos Modelos de Regressão Cox para associação entre autoeficácia materna na amamentação e duração do aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo. Estudo CLaB, Botucatu, 2015-2017.....	72
---	----

Abreviaturas

AM – Aleitamento Materno

AME – Aleitamento Materno Exclusivo

BSES – Breastfeeding Self-Efficacy Scale

BSES – SF – Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form

CB – Clínica do Bebê

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CLaB – Coorte de lactentes de Botucatu

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

PN – Pré Natal

SAMUCA – (Grupo de Pesquisa) Saúde da Mulher, Criança e Adolescente

SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESP – Universidade Estadual Paulista

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1. Aleitamento materno	16
1.2. Teoria da Autoeficácia	23
1.3. Autoeficácia da mulher durante a amamentação	26
1.5. Estudos sobre autoeficácia materna e sua associação com aleitamento materno	29
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	33
3. OBJETIVOS	35
3.1 Objetivo Geral	35
3.2. Objetivos Específicos	35
4. HIPÓTESES.....	37
5. MÉTODOS.....	39
5.1. Delineamento	39
5.2. Local do estudo	39
5.3. Amostra.....	40
5.4. Critérios de Inclusão	40
5.5. Critérios de Exclusão.....	40
5.6. Coleta de dados.....	40
5.6.1. Equipe de coleta de dados	42
5.7. Aspectos Éticos.....	43
5.8. Variáveis de exposição, desfechos e análises estatísticas	43
6. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	46
7. VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	48
8. RESULTADOS	51
10. DISCUSSÃO	74
11. CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS	83
APÊNDICES.....	90
ANEXOS	146



Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1. Aleitamento materno

A amamentação sofre a influência de uma complexa interação de fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos que atuam determinando se as mulheres, num determinado momento histórico e contexto de vida, irão praticá-la e por quanto tempo o farão. Os serviços de saúde materno-infantis também têm importante papel nesse processo, podendo atuar promovendo e apoiando a amamentação ou restringindo sua efetivação. Considerando o papel protetor do aleitamento materno sobre a morbidade e mortalidade infantis, a saúde da mulher e do futuro adulto, iniciativas de promoção dessa prática tem sido priorizadas em políticas de saúde⁽¹⁾.

Os benefícios resultantes do aleitamento materno (AM) para a criança e a mãe são muitos e provados cientificamente. O valor nutricional, a proteção imunológica e o menor risco de contaminação contribuem para a redução da morbimortalidade infantil por diarreia e por infecção respiratória⁽²⁾; evidências atuais também sugerem que a amamentação pode proteger contra o excesso de peso e diabetes na adolescência e vida adulta⁽³⁾. A amamentação promove, ainda, adequado desenvolvimento da cavidade oral, resultado do exercício que a criança faz para retirar o leite da mama⁽⁴⁾. Há também evidências de que a amamentação tem efeito positivo no coeficiente de inteligência, repercutindo em maiores níveis de escolaridade e maior renda na idade adulta, que se traduzem em vantagens às famílias e à sociedade^(3,5).

Crianças em regime de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses, e complementado a partir dessa idade, seguindo até pelo menos os dois anos de vida, apresentam redução da incidência das enfermidades mais prevalentes na infância, bem como da mortalidade infantil^(6,7), apresentando assim menores chances de desenvolverem doenças crônicas não transmissíveis na infância, adolescência e vida adulta⁽⁸⁻¹⁰⁾. Em curto prazo, essa forma de alimentar os lactentes tem potencial de evitar 1,3 milhões de mortes infantis anuais ⁽¹¹⁾.

Dessa forma, o AME é de suma importância para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento infantil, principalmente das crianças de famílias de baixa renda. Segundo Victora e colaboradores, a ferramenta *Lives Saved Tool* estima que 823.000 mortes anuais seriam evitadas em setenta e cinco países de renda baixa e média em

2015 se a amamentação fosse ampliada a níveis quase universais. Isso corresponde a 13,8% das mortes de crianças menores de dois anos de idade. Para mortes preveníveis, 87% teriam ocorrido em crianças menores de seis meses, devido a uma combinação de elevadas taxas de mortalidade e baixa prevalência de amamentação exclusiva ^(3,12).

A mãe, por sua vez, ao amamentar, promove a aceleração da involução uterina reduzindo o sangramento pós-parto, protege a si mesma contra anemia, decorrente da amenorreia puerperal mais prolongada⁽¹³⁾, amplia o tempo entre as gestações e partos e reduz a probabilidade de alguns tipos de cânceres de mama e de ovário, como também o desenvolvimento de diabetes⁽³⁾. O aleitamento materno configura-se como oportunidade de interação entre o bebê e a mãe contribuindo, assim, para o estabelecimento de vínculos afetivos e esses resultam na promoção do desenvolvimento afetivo-emocional e social da criança e ao mesmo tempo segurança para a mãe⁽²⁾.

O aleitamento também traz benefícios para a família, pois é opção econômica e prática⁽¹³⁾, além de ser um “alimento natural e renovável” e promover sustentabilidade ambiental ao ser produzido e entregue diretamente ao lactente, sem embalagens desnecessárias. Dessa forma, a amamentação promove benefícios financeiros pelo fato de não necessitar de fórmulas infantis e evitar consequentemente doenças diarreicas, alergias e problemas respiratórios sendo essas doenças mais comuns em bebês não amamentados exclusivamente no peito^(14,15).

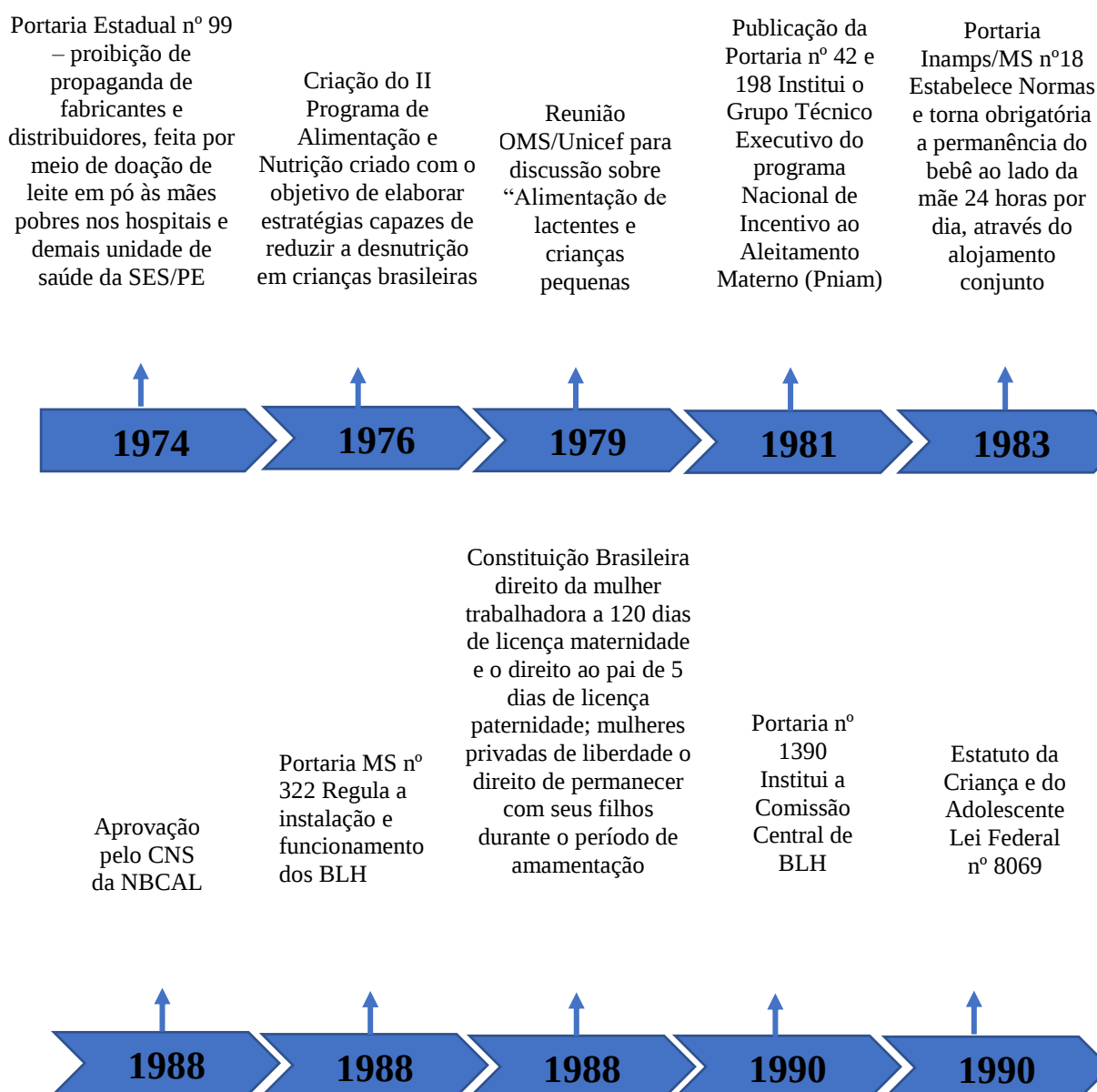
Com base nessa vasta literatura, o AME é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) durante os primeiros seis meses de vida da criança e complementado à partir daí até no mínimo 24 meses de vida⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

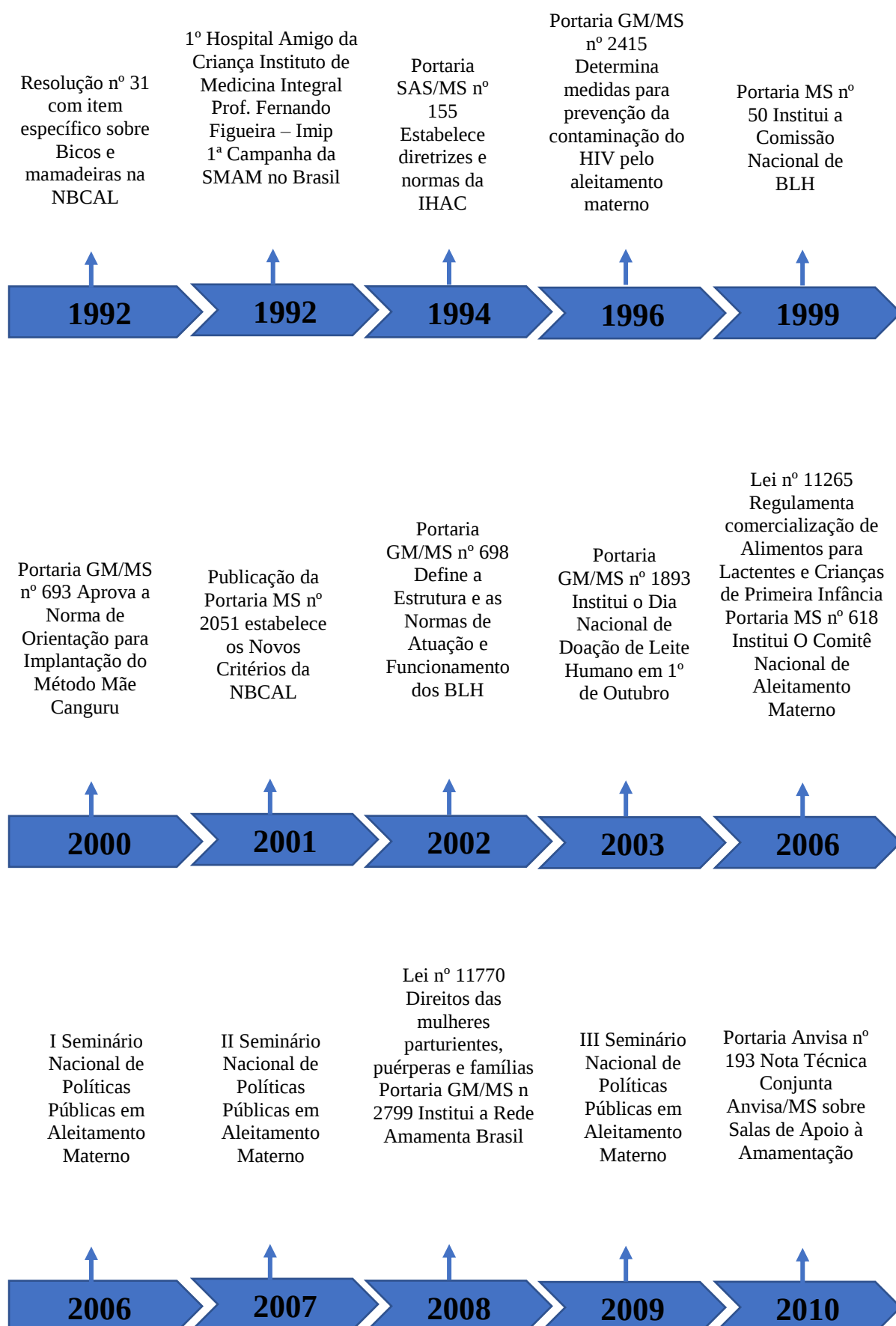
O Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾ segue a definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde, referente ao Aleitamento Materno Exclusivo e ao Aleitamento Materno:

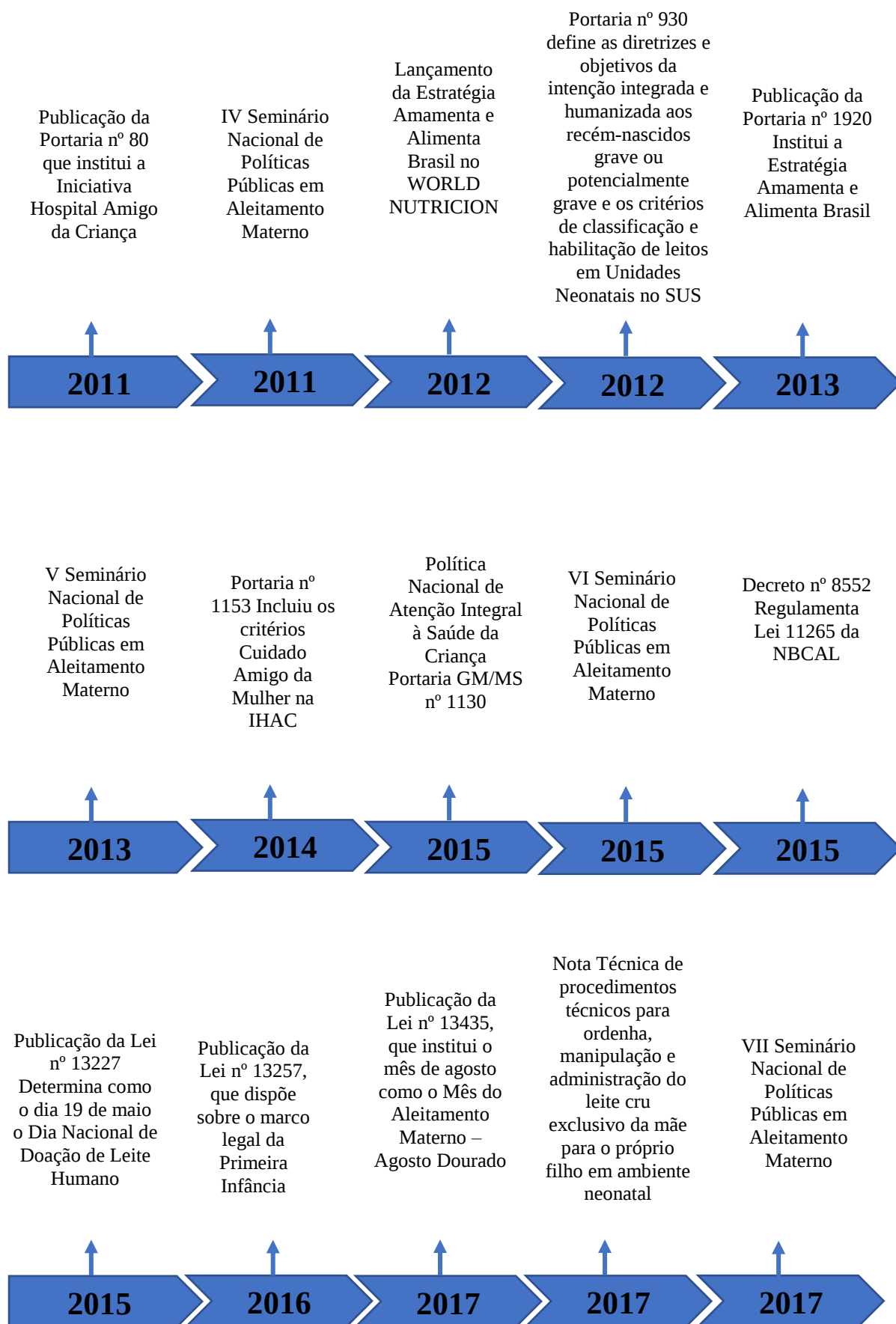
- Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento Materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) têm empreendido esforços no sentido de proteger, promover e apoiar o AME, de modo que as mães consigam estabelecê-lo nos primeiros seis meses, e o aleitamento até os dois anos de vida do bebê⁽¹⁸⁾. Dado que a promoção e o apoio a amamentação é uma intervenção eficaz, de implantação em larga escala, viável e com grande potencial de redução da mortalidade infantil, no Brasil⁽¹¹⁾, várias estratégias nesse sentido foram implantadas no âmbito da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio do AM desde os anos 1970, como podemos verificar na Figura 1.







Fonte: Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno/Ministério da Saúde, 2017.

Figura 1. Linha do tempo sobre ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno relevantes no âmbito nacional.

Como consequência, os índices de aleitamento materno no Brasil tiveram melhora significativa, contribuindo para a redução da mortalidade infantil no país^(19,20). Pesquisas realizadas no país a respeito do AME apontam um aumento dessa prevalência em menores de quatro meses de 35,5% em 1999 para 51,2% em 2008, sendo que a prevalência em menores de seis meses em 2008 foi de 41%⁽²¹⁾. Observou-se também aumento da amamentação nas crianças entre nove e doze meses de 42,8% em 1999 para 58,7% em 2008^(21,22). Acredita-se que essa evolução positiva deveu-se principalmente às ações de promoção que abordam as vantagens do aleitamento materno e à capacitação dos profissionais que assistem mães e bebês em maternidades e serviços de atenção primária à saúde⁽²³⁾.

Em importante publicação internacional, Victora e colaboradores trouxeram dados do significativo aumento da duração do AM no Brasil. Em inquérito nutricional de 1974-75, a duração mediana da amamentação foi de somente dois meses e meio, uma das mais curtas entre os países em desenvolvimento. O indicador aumentou para cinco meses e meio em 1990, sete meses em 1996 e 14 meses em 2006-07. A prevalência de amamentação exclusiva em menores de quatro meses aumentou de 3,6% em 1986 para 48,1% em 2006-07⁽²⁰⁾.

Estudo recente publicado no ano de 2016 por Rollins e colaboradores trouxe uma revisão sistemática dos estudos disponíveis sobre determinantes da amamentação. Nesse artigo, o papel da cultura e da indústria de substitutos do leite materno é destacado, sendo que a importância de amamentar é questionada em toda a sociedade. A amamentação pode ser constrangedora para algumas mulheres, enquanto que o uso da mamadeira provoca pouca reação pública. Embora a amamentação seja citada como motivo para as mulheres deixarem o mercado de trabalho, a evidência mostra que as mulheres permanecem no trabalho e/ou na escola muitas vezes usando fórmulas infantis ou cessando a amamentação – sendo a cessação o mais comum⁽¹⁴⁾.

A literatura demonstra que a duração do AM e do AME pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo as condições sociodemográficas, ambientais, biológicas, obstétricas e culturais maternas^(8,24,25). Como exemplo desse último, a

observação da satisfação da criança tem se mostrado como o principal indicador reconhecido pela mulher de sua capacidade de amamentar com sucesso e prolongadamente, o que vai influenciar na decisão de manter ou não o processo de amamentação⁽²⁶⁾. Fatores variados podem levar a mãe a pensar que seu leite é insuficiente para sustentar a criança, entre eles estão fatores sociais, culturais, psicológicos, experiência anterior em amamentação sem sucesso, falta de informação, falta de apoio e incentivo^(27,28).

Venâncio e Monteiro (1999), em um estudo realizado com 111 municípios de São Paulo, obtiveram como resultado que mães muito jovens - idade da mãe inferior a 20 anos – tem mais chances de desmame precoce⁽²⁹⁾. Um estudo realizado com crianças menores de 12 meses, no município de Cuiabá, em 2004, mostrou que a interrupção do aleitamento materno exclusivo em crianças com idade inferior a 120 dias, esteve associada à baixa escolaridade da mãe. O grau de instrução materno mais elevado parece ser um bom preditivo de sucesso da prática da amamentação exclusiva. A ocorrência precoce de desmame em grupo de mães com apenas primeiro e segundo graus evidencia que as mães com mais anos de estudo apresentam maior possibilidade de receber informações acerca dos benefícios da amamentação, sofrendo menor influência externa e rejeitando práticas que, de modo cientificamente comprovado, prejudicam a ocorrência da amamentação⁽³⁰⁾.

Um estudo de coorte realizado em Feira de Santana (BA) encontrou mães primíparas com risco 41% maior de interromper o AME no primeiro mês pós parto, quando comparadas às mães multíparas⁽³¹⁾. Outro estudo também apontou a maior suscetibilidade ao desmame precoce de primíparas⁽³²⁾. Há evidências de que a duração da amamentação apresenta associação com o tipo de parto. As crianças nascidas por cesariana eletiva têm risco cerca de três vezes mais de serem desmamadas ao final do primeiro mês do que as nascidas por parto vaginal ou cesariana emergencial⁽³³⁾.

O conhecimento dos determinantes, especialmente dos modificáveis, entre eles a atuação dos profissionais de saúde permitiu o delineamento e a efetivação de intervenções que levaram a melhorias nos indicadores de aleitamento no Brasil. Porém, mesmo com todos os avanços, a prevalência no Brasil do AME em menores de seis meses em 2008, ano do último inquérito nacional, ainda não alcançava metade dos lactentes e ainda vigoravam muitas práticas inapropriadas, como a precoce introdução na alimentação dos lactentes de água, chás, outros leites e semi-sólidos,

de modo que a prevalência do AME permanecia longe da desejável⁽³⁴⁾, apontando a necessidade de novas intervenções. Portanto, estudos sobre os determinantes do AME ainda são necessários, especialmente quando voltados para aspectos ainda pouco compreendidos.

Reconhece-se que a enfermagem brasileira tem tido um papel importante nas intervenções pró-aleitamento, encorajando mulheres ao ato de amamentar desde o pré-natal até a maternidade e os serviços de puericultura, objetivando o aumento das taxas de AME e diminuindo assim o desmame precoce e doenças da infância⁽³⁵⁾. Mais recentemente, com o estudo da influência de fatores de natureza psicossocial sobre a amamentação, em particular a autoeficácia materna para amamentar, essa área profissional abriu caminho para novos avanços nas ações de promoção e apoio à amamentação.

Assim, tem crescido o reconhecimento de que um aspecto potencialmente capaz de influenciar no AM e AME é a confiança materna em sua habilidade de amamentar⁽³⁶⁾. Além disso, pesquisadores consideram, e vem investigando formas de realizá-la, que essa autoconfiança é passível de mudança, apontando que intervenções conduzidas por profissionais de saúde podem aumentá-la.



Conclusão

11. CONCLUSÃO

A grande maioria das mães apresentou alta autoeficácia na amamentação, avaliada no primeiro mês pós-parto. A autoeficácia foi maior quando a gestação foi bem aceita, quando houve contato pele a pele logo após o parto e menor quando aconteceram problemas no início do AM e maior idade do bebê na alta da maternidade. Assim gestação não aceita e falta de contato pele a pele podem ser considerados como marcadores de mulheres com necessidades de maior atenção no que se refere à promoção e apoio ao AM no pré-natal e maternidade, respectivamente. Problemas com o início do aleitamento, como fissuras e ingurgitamento podem sinalizar aos profissionais da puericultura mães com possível menor autoeficácia em amamentar e devem ser interpretados como fator de risco de comprometimento da autoconfiança materna na amamentação.

Os resultados apontaram claramente a influência da autoeficácia sobre a duração do aleitamento materno. Independentemente de outros conhecidos determinantes dessa prática, o risco de cessação do AME nos primeiros seis meses e de cessação do AM no primeiro ano de vida aumenta quando as mães apresentam autoeficácia baixa, em comparação com aquelas com alta autoeficácia; da mesma forma, tal risco também aumenta quando comparam-se mães no primeiro e segundo tercis de autoeficácia com aquelas no terceiro tercil.

A magnitude do efeito protetor da maior autoeficácia sobre o risco de cessação do AM foi maior do que sobre o AME, sendo que a alta autoeficácia reduz em 70% a chance de cessação do AM no primeiro ano e em 66% de cessação do AME antes de seis meses. Estar no maior tercil em comparação ao menor reduz 45% a chance de cessação do AM e 30% a de cessação do AME nas idades já citadas.

A influência da autoeficácia materna na amamentação também foi apontada quando se analisa a situação do lactente em relação ao AM e AME em idades específicas. Com as três formas da variável (contínua, categorizada e tercil), quanto maior a autoeficácia materna na amamentação maiores as chances de as crianças serem amamentadas aos três, seis, nove e 12 meses de idade e de estarem em AME aos três meses. Não houve efeito sobre as chances de AME aos seis meses.

Assim, considerando-se as evidências produzidas neste estudo de que a autoeficácia materna na amamentação tem efeito próprio sobre a duração do

aleitamento materno em população brasileira e que a BSES é um instrumento confiável que pode ser aplicado em qualquer período do ciclo gravídico puerperal, sugere-se sua utilização na atenção à saúde, em particular por enfermeiros no pré-natal, no puerpério imediato e na primeira consulta clínica do lactente, após a alta da maternidade como instrumento para identificar mães e lactentes com necessidades de apoio extra para terem sucesso na amamentação.

REFERÊNCIAS

1. Caldeira AP, Fagundes GC, de Aguiar GN. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1027–33.
2. Ministério da Saúde (BR). Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília (DF); 2017;68.
3. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387:475–90.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF); 2015;184.
5. Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet*. 2015;3(4):199–205.
6. Lamberti LM, Zakarija-Grković I, Walker CLF, Theodoratou E, Nair H, Campbell H, et al. Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13Suppl 3:S18.
7. Lamberti LM, Walker CLF, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011;11Suppl 3:S15.
8. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno: um estudo de coorte de nascimento em dois municípios do Recôncavo da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012;28(4):641–50.
9. World Health Organization. Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva; 2007;1–52.
10. Horta B, Victora C. Long-term health effects of breastfeeding. *World Health Organization*. 2013;129(8–9):57–64.
11. Dodt RCM, Joventino ES, Aquino PS, Almeida PC, Ximenes LB. Estudo experimental de uma intervenção educativa para promover a autoeficácia materna na amamentação. *Rev Latino-Am Enferm*. 2015;23(4):725-32.
12. Walker N, Tam Y, Friberg IK. Overview of the lives saved tool (LiST). *BMC Public Health*. 2013;13Suppl 3:S1–6.
13. Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC.

- Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005 Jun;13(3):407–14.
14. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016;387(10017):491–504.
 15. Ministério da Saúde (BR). Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília (DF); 2005;16-23.
 16. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Report. Geneva; 2003;1–30.
 17. World Health Organization. Infant and young child nutrition: quadrennial report. Geneva; 2006;4:1–10.
 18. Ministério da Saúde (BR). SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica. Brasília (DF); 2009;23:112.
 19. Venancio SI, Escuder MML, Saldiva SRDM. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86(4):317–24.
 20. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863–76.
 21. Ministério da Saúde (BR). II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília (DF); 2009:108.
 22. Ministério da Saúde (BR). Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação. Brasília (DF); 2014:28.
 23. Rea MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Suppl 1:S37–45.
 24. Roig AO, Martínez MR, García JC, Hoyos SP, Navidad GL, Álvarez JCF, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):373–80.
 25. Brasileiro AA, Possobon RDF, Carrascoza KC, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. *Cad Saude Publica*. 2010;26(9):1705–13.
 26. Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *J Nurs Sch*. 2008;40(4):355–63.
 27. Bunik M, Shobe P, O'Connor ME, Beaty B, Langendoerfer S, Crane L KA. Are 2

- weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Acad Pediatr*. 2010;10(1):21–8.
28. Monteiro JCS, Gomes FA, Stefanello J, Nakano AMS. Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. *Texto e Context Enferm*. 2011;20(2):359–67.
 29. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breast-feeding in São Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutr*. 2006;9(1):40–6.
 30. França GVA, Brunken GS, Silva SM, Escuder MM, Venancio SI. Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):711–8.
 31. Martins CC, Vieira GO, Vieira TO MC. Fatores de riscos maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011;35(1):167–78.
 32. Parizotto J, Zorzi NT. Aleitamento Materno : fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo , RS. *O Mundo da Saúde*. 2008;32(4):466–74.
 33. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):69–78.
 34. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, Costa MP. Fatores associados à situação do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 4 meses, em Botucatu-SP. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007;15(1):62–9.
 35. Oriá MOB, Alves MDS. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses Evolução da pesquisa em aleitamento materno conduzida pela enfermagem brasileira. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):20–8.
 36. Margotti E. Fatores Associados Ao Desmame Precoce : Auto Eficácia No Aleitamento Materno E Depressão Pós-Natal[Tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.
 37. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191–215.
 38. Bandura A. Social learning theory. Prentice Hall[Internet]. 1977; Disponível em: http://www.jku.at/org/content/e54521/e54528/e54529/e178059/Bandura_Social_LearningTheory_ger.pdf
 39. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, NJ; 1986.
 40. Bandura A. Self-Efficacy. *Encycl Hum Behav*. 1994;4:71–81.

41. Oriá MOB. Tradução, adaptação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: aplicação em gestantes[Tese]. Fortaleza: Faculdade de farmácia, odontologia e enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.
42. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman and Company; 1997.
43. Van der Bijl JJ, Shortridge-Baggett LM. The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Sch Inq Nurs Pr* [Internet]. 2001;15(3):189–207. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11871579>
44. Chezem JC, Friesen C, Boettcher J. Breastfeeding knowledge, breastfeeding confidence, and infant feeding plans: effects on actual feeding practices. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(1):40–7.
45. Oriá MOB, Ximenes LB. Tradução e adaptação cultural da Breastfeeding Self-Efficacy Scale para o português*. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(2):230–8.
46. Buxton KE, Gielen AC, Faden RR, Brown CH, Paige DM, Chwalow AJ. Women intending to breastfeed: predictors of early infant feeding experiences. *Am J Prev Med* [Internet]. 1991;7(2):101–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1910883>.
47. Dennis CL. Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Heal*. 2006;29(4):256–68.
48. Blyth R, Credy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, Vries SM. Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration_ An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. *Birth*. 2002;29(4):278–84.
49. Dennis CL, Faux S. Development and Psychometric Testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*. 1999;22(5):399–409.
50. Dennis CL, Heaman M, Mossman M. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2011;49:265–71.
51. Pasquali L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999.
52. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.554.
53. Dodt RCM. Aplicação e validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale –Short Form (BSES–SF) Em Puérperas [Dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2008.
54. Soares LS, Silva GRF, Gouveia MTO, BrandãoEC, Oriá MOB. Aplicação da escala reduzida de autoeficácia em amamentação no contexto da Estratégia Saúde da Família. *Enferm Foco*. 2013;4(3,4):150–2.

55. Rocha IS, Fujimaki M, Rocha NB, Gasparetto A, Lolli LF. Influência da autoconfiança materna sobre o aleitamento materno exclusivo aos seis meses de idade: uma revisão sistemática. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2016; Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/influencia-da-autoconfianca-materna-sobre-o-aleitamento-materno-exclusivo-aos-seis-meses-de-idade-uma-revisao-sistematica/15992>
56. Ip WY, Gao LL, Choi KC, Chau JPC, Xiao Y. The Short Form of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale as a Prognostic Factor of Exclusive Breastfeeding among Mandarin-Speaking Chinese Mothers. *J Hum Lact*. 2016;32(4):711–20.
57. Souza EFC, Fernandes R. Autoeficácia na amamentação : um estudo de coorte. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):465–70.
58. Yang X, Gao L, Ip W, Chan WCS. Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: A cross-sectional study. *Midwifery*. 2016;41:1–8.
59. Guimarães CMS, Conde RG, Gomes-Sponholz FA; Oriá MOB, Monteiro JCS. Fatores relacionados à autoeficácia na amamentação no pós-parto imediato entre puérperas adolescentes. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(1):109–15.
60. Uchoa JL, Joventino ES, Javorski M, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Associação entre a autoeficácia no ciclo gravídico puerperal e o tipo de aleitamento materno. *Aquichan*. 2017;17(1):84–92.
61. Uchoa JL, Rodrigues AP, Joventino ES, Almeida PC, Oriá MOB, Ximenes LB. Autoeficácia em amamentar de mulheres no pré-natal e no pós-parto: estudo longitudinal. *Rev Enferm da UFSM*. 2016 Mar 30;6(1):10–20.
62. Brockway M, Benzies K, Hayden KA. Interventions to Improve Breastfeeding Self-Efficacy and Resultant Breastfeeding Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact*. 2017;33(3):486–99.
63. Chan MY, Ip WY, Choi KC. The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery*. 2016;36:92–8.
64. Oriá MOB, Ximenes LB, Almeida PC, Glick DF, Dennis CL. Psychometric assessment of the brazilian version of the breastfeeding self-efficacy scale. *Public Health Nurs*. 2009;26(6):574–83.
65. Dodt RCM, Ximenes LB, Almeida PC, Batista Oriá MO, Dennis CL. Psychometric and maternal sociodemographic assessment of the breastfeeding self-efficacy scale - short form in a brazilian sample. *J Nurs Educ Pract*. 2012;2(3):66–73.
66. Bartle NC, Harvey K. Explaining infant feeding: The role of previous personal and vicarious experience on attitudes, subjective norms, self-efficacy, and breastfeeding outcomes. *Br J Health Psychol*. 2017;22(4):763–85.

67. Gökçeoğlu E, Küçükoğlu S. The relationship between insufficient milk perception and breastfeeding self-efficacy among Turkish mothers. *Glob Health Promot.* 2016;0(0201X).
68. Kılıcı H, Çoban A. The Correlation Between Breastfeeding Success in the Early Postpartum Period and the Perception of Self-Efficacy in Breastfeeding and Breast Problems in the Late Postpartum. *Breastfeed Med.* 2016;11(4):188–95.
69. Pakseresht S, Pourshaban F, Khalesi ZB. Comparing maternal breastfeeding self-efficacy during first week and sixth week postpartum. *Electron physician* [Internet]. 2017 Feb 25;9(2):3751–5. Disponível em: <http://www.ephysician.ir/index.php/browse-issues/2017/2/591-3751>.
70. Guimarães CMS, Conde RG, Brito BC, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Comparison of breastfeeding self-efficacy between adolescent and adult mothers at a maternity hospital in Ribeirão Preto, Brazil. *Texto Context - Enferm.* 2017;26(1):1–9.
71. Linares AM, Rayens MK, Dozier A, Wiggins A, Dignan MB. Factors influencing exclusive breastfeeding at 4 months postpartum in a sample of urban Hispanic mothers in kentucky. *J Hum Lact.* 2015;31(2):307–14.
72. McCarter-Spaulling D, Gore R. Breastfeeding self-efficacy in women of African descent. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(2):230–43.
73. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, et al. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J.* 2014;18(1):296–306.
74. Santos LMD, Rocha RS, Chaves AFL, Dodou HD, Castelo ARP, Feitoza SR, et al. Application and Validation of Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form (BSES - SF) in Adolescent Mothers. *Int Arch Med.* 2016;9(207):1–9.
75. Margotti E, Epifanio M. Exclusive maternal breastfeeding and the Breastfeeding Self-efficacy Scale. *Rev Rene.* 2014;15(5):771-9.
76. Conde RG, Guimarães CMS, Gomes-Sponholz FA, Oriá MOB, Monteiro JCS. Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. *Acta Paul Enferm.* 2017;30(4):383–9.
77. Amaral LJX, Sales SS, Carvalho DPSRP, Cruz GKP, Azevedo IC Júnior MAF. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(spe):127–34.
78. Vieira TO, Vieira GO, Oliveira NF, Mendes CMC, Giugliani ERJ, Silva LR. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: New determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):1–9.
79. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings

- From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*. 2005;116(6):1408–12.
80. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*. 2013;13(171):1-11.
 81. Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores do pré-natal e do puerpério que interferem na autoeficácia em amamentação. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):257–61.
 82. Moore Er, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. Wiley. 2012;(5):1–109.
 83. Chaves AFL, Lima GP, Melo GM, Rocha RS, Vasconcelos HCA, Oriá MOB. Flipchart application for promoting maternal self-efficacy in breastfeeding. *Rev Rene*. 2015;16(3):407–14.
 84. Rodrigues AP, Nascimento LA, Dodt RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6):586–93.